

VU Research Portal

Gods gave afgewezen. Op zoek naar genezing van de pest: Nijmegen, 1635-1636

Frijhoff, W.T.M.

published in

Volkskundig Bulletin
1991

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Frijhoff, W. T. M. (1991). Gods gave afgewezen. Op zoek naar genezing van de pest: Nijmegen, 1635-1636. *Volkskundig Bulletin*, 17(2), 143-170.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Gods gave afgewezen

Op zoek naar genezing van de pest: Nijmegen, 1635-1636

Willem Frijhoff

Ziekte, gezondheid en het medisch marktbegrip

Het therapeutisch gedrag van zieken houdt geen gelijke tred met de ontwikkeling van de gezondheidszorg. Uit het medisch-historisch onderzoek van het afgelopen decennium is wel duidelijk geworden, dat het zoeken naar genezing wegen volgt die niet zelden in een spanningsverhouding staan tot wat de dominante sectoren in de professionele gezondheidszorg heilzaam achten¹. Zieken – of wie zich ziek wanen – reageren niet mechanisch op het aanbod van genezingswijzen door medisch specialisten. Veeleer volgt het zoeken naar genezing wegen die liggen ingebed in handelingspatronen welke, gewoonlijk buiten een medische noodzaak om, door maatschappelijke en culturele factoren zijn gevormd. Ze maken deel uit van een wereldbeeld dat zijn structuur ontleent aan meer globale categorieën van mentale aard. Tenzij de medicus dwang kan uitoefenen, veronderstelt acceptatie van de door hem aangereikte geneeswijze dat de patiënt de zinvolheid daarvan erkent. Dit erkenningsproces, dat veelal impliciet blijft, stelt een veelheid van factoren in het werk waarvan er slechts enkele van intern-medische aard zijn. Tot die factoren behoren de beproefde werkzaamheid van de medicatie, het beroepsbeeld en het maatschappelijk gezag van de medicus, de druk van de gemeenschap, de dominante vormen van omgang met het menselijk lichaam, de gangbare visie op de verhouding tussen lichaam en geest, de mate waarin medisch ingrijpen toelaatbaar wordt geacht met het oog op de dood dan wel het hiernamaals, en de meer globale aanvaardbaarheid van allerlei typen interventie zoals geneesmiddelen, hospitalisatie, rechtstreekse ingrepen in het lichaam of doorverwijzing naar specialistische kennis. Patiënten die genezing behoeven zoeken die gewoonlijk daar waar ze haar op de meest efficiënte wijze verwachten te krijgen, met het minste ongemak voor hun lichamelijk welbevinden en hun gangbare levenswijze – ook al kan dat in bepaalde omstandigheden aanzienlijk meer pijn en ongemak impliceren dan van ons uit gezien nodig zou zijn geweest. Kortom, in de relaties tussen medicus en zieke speelt een element van ‘geloofwaardigheid’ mee dat minstens evenveel met niet-medische factoren als met de ontwikkeling van de verschillende vormen van het medisch en paramedisch handelen te maken heeft.

Dat verklaart het taai overleven van allerlei vormen van therapeutisch pluralisme, ondanks de actieve bemoeienis van de medische stand om zijn aanpak als de enig juiste voor te stellen. Het beeld dat zieken zichzelf maken van de categorieën van gezondheid en genezing en van de middelen om die te bereiken is dan ook zeker zo belangrijk als het beeld dat de medische beroepen daarvan hanteren. Juist omdat zulke beelden in mentale categorieën verankerd liggen, zijn ze tamelijk

inert. Nieuwe vormen van medisch handelen zullen zeker door de leek niet steeds onmiddellijk als zinvol voor de gezondheid worden waargenomen. Wat de vroegmoderne samenleving betreft is het zelfs de vraag of zieken zich, zoals thans, bij het zoeken naar genezing onmiddellijk door het aanbod van medische zijde lieten leiden. Verderop in deze bijdrage zal nog blijken dat allerlei vormen van zelfhulp wijd verspreid waren en dat de dokter er niet zelden pas werd bijgehaald wanneer in het ziekteproces een drempel was overschreden, of het al te laat was. Globaal gesproken vormt die toegangsdrempel de scheidslijn tussen een sector van automedicatie waarin allerlei vormen van magisch handelen, natuurgeneeskunde of kwakzalverij zich relatief vrij konden ontwikkelen, en de sector waar zij door de verwetenschappelijking van de geneeskunde steeds meer werden uitgebannen. De medici hebben dat heel goed begrepen en vóór alles geprobeerd de sector van de gezondheidszorg te 'medicaliseren', dat wil zeggen de zelfhulp en de andere vormen van lekengeneeskunde zoveel mogelijk door een onmiddellijk en rechtstreeks beroep op een medicus te vervangen. Daartoe moesten zij op het dominante beeld van genezing en gezondheid inspelen, of het door een nieuw beeld weten te vervangen. Eerst toen ze erin waren geslaagd het verwachtingenpatroon bij ziekte te beheersen, konden ze rekenen op een wezenlijk aandeel in wat thans wel de 'medische markt' wordt genoemd.

Overigens moeten we dat marktbegrip zeker voor de vroegmoderne tijd niet te ondoordacht of te mechanisch gebruiken². Aan het begin van die periode was het niet meer dan een metafoor voor nauwelijks geformaliseerde *do ut des*-relaties binnen een zeer gedifferentieerd maar weinig gestructureerd veld van vormen van medisch handelen. Aan de aanbodzijde werd slechts in zeer beperkte mate op de mogelijke vraag geanticipeerd – bijvoorbeeld met gezondheidsregels, en enkele kant-en-klare panaceeën uit de apotheek zoals de triakel. Ook de respons op dat aanbod wisselde zeer sterk. Nogal wat gepromoveerde geneesheren volhardden dan ook niet in hun beroep of namen er een nevenberoep bij, terwijl in de fiscale bronnen grote inkomensverschillen tussen heelmeeesters worden geconstateerd. De signatuurleer, de humoraalpathologie en de daarmee verbonden, zeker onder de leken nog lange tijd dominante astro-medische overtuigingen stelden zowel wat het aanbod als de vraag betreft trouwens duidelijke grenzen aan een ongebreidelde wildgroei van het medisch handelen³. Aan het eind van de vroegmoderne tijd zien we echter trekken van een rationeel en georganiseerd vraag-en-aanbod systeem opkomen, dat een stroomlijning van de medische carrières meebrengt. Elementen die typerend zijn voor de markteconomie spelen een steeds grotere rol: een op produktiviteit gerichte organisatie van het aanbod aan medische en farmaceutische zorg, een meer bewuste afweging van de kosten en baten, embryonale vormen van ziekte- en levensverzekering, professionalisering van de medische beroepen en differentiëring tussen een private en een publieke sector. Het lijkt mij dus verstandig het medische marktbegrip voor de periode die in deze bijdrage aan bod komt niet te strikt te definiëren, maar de term 'markt' bij wijze van analogie te gebruiken, als een netwerk-structuur voor de overdracht van het culturele goed 'gezondheid'⁴. Het marktbegrip in meer strikte zin is daarop in zoverre van toe-

passing als de medische dienstverlening door rudimentaire ruilrelaties en een zeker aanbodkarakter wordt gekenmerkt, en de verhoudingen tussen de medische specialisten door concurrentie worden beheerst. De medische markt kan dan worden gedefinieerd als het interactieve geheel van opvattingen, handelingen en relaties waardoor grotere of kleinere groepen in de samenleving tot een collectief besef van gezondheid en genezing worden gebracht. Daarbij blijft in het midden welk van de partijen, de vraag- of de aanbodzijde, de ruilrelatie initieert of de markt domineert. Evenmin spreken we ons uit over de effectiviteit van het medisch handelen, gezien vanuit het huidige kennispeil.

Twee specifieke redenen maken het ons moeilijk een goed inzicht te krijgen in de wijze waarop de vroegmoderne mensen met hun gezondheid omgingen. Alle of bijna alle bronnen die het terrein van de gezondheidszorg in den brede bestrijken, zijn van de hand van al dan niet officieel erkende medisch specialisten. Wanneer zij hun ingrijpen bij ziekte of hun bevordering van de gezondheid presenteren, gebruiken ze vaak een prisma waar de historicus terdege rekening mee moet houden. Soms zijn ze bovenal geïnteresseerd in de verdediging van hun beroepspositie; niet zelden polemiseren ze met hun collega's; vaker nog schilderen ze hun concurrenten met een andere bevoegdheid of van een ander kwalificatieniveau (zoals apothekers, heelmeeesters, ledenzetters, koppenzetters of rondtrekkende practici) zo zwart mogelijk af. Wanneer wij al een bron vinden die het gedrag van de kant van de patiënten bekijkt, gaat het gewoonlijk om afzonderlijke, individuele gevallen, die ons belemmeren een goed zicht op het geheel van de medische markt te krijgen.

Een zeldzame bron voor een meer systematisch inzicht in het zoeken naar genezing van een hele bevolking op een gegeven ogenblik van de geschiedenis biedt het pesttraktaat van IJsbrand van Diemerbroek. Als universitair geschoold geneesheer stond Van Diemerbroek in 1635-1636 te Nijmegen talloze burgers en soldaten bij, tijdens een van de meest moordende epidemieën van pest – de 'gave Gods' – uit onze geschiedenis. De gedetailleerde klinische aantekeningen die hij toen maakte, werkte hij later uit ten behoeve van een traktaat over de pest: 120 min of meer uitvoerig beschreven ziektegevallen werden in boek IV toegevoegd aan de drie meer systematische hoofdstukken over de pest, haar preventie en haar bestrijding waarmee zijn werk opende. Het gaat mij hier niet om Van Diemerbroeks analyse van de pest. Die sluit grotendeels aan bij de opvattingen van andere medici, al is Van Diemerbroeks traktaat ongetwijfeld een van de meest systematische en onderscheidt hij zich hier en daar ook wel door een snufje eigen visie – zoals zijn panegyriek op de tabak als middel tegen besmetting of ter genezing van de pest⁵. Van Diemerbroeks tekst zal hier worden gebruikt als een bron van kennis voor het handelingspatroon en de opvattingen over ziekte en genezen bij zieken en niet-zieken, medisch specialisten en leken, in het dagelijks leven van een besmette stad. Men zou kunnen verdedigen dat een zeker voorbehoud gerechtvaardigd is aangezien de pest geen 'gewone' ziekte was doch een moorddadige, vanouds gevreesde plaag. Maar de pest was in de eerste helft van de zeventiende eeuw zo endemisch dat ze een volledig geïnternaliseerd handelingspatroon

had opgeroepen waarvan we in dit traktaat tal van sporen terugvinden: men wist hoe te handelen met de pest. Al wijzen de talloze pesttraktaten uit die periode erop dat er een gereede markt bestond voor adviezen die beoogden de pest een minder dodelijke afloop te geven, Van Diemerbroeks traktaat laat overduidelijk zien dat de leek vertrouwd was met het globale ziektebeeld en met een aantal standaardmedicaties. Om zulke 'normale', als het ware tussen de regels door te lezen vormen van gedrag gaat het mij hier.

De schrijver en zijn werk

IJsbrand van Diemerbroek was op 13 december 1609 te Montfoort geboren als zoon van Gijsbert van Diemerbroek, burgemeester van dat stadje, en Magdalena Sas of Sasse⁶. Na de Latijnse school in Utrecht te hebben doorlopen, ging hij naar de Leidse academie, waar hij op 1 november 1627 als student in de wijsbegeerte werd ingeschreven en vervolgens medicijnen studeerde onder Otto Heurnius. Zeven jaar later, in 1634, promoveerde hij in de geneeskunde aan de universiteit van de Franse stad Angers, ongetwijfeld tijdens een kleine of grote tour, de gebruikelijke buitenlandse reis voor regentenzonen⁷. Na zijn terugkeer vestigde hij zich te Nijmegen waar hij nog geen jaar later met de pestepidemie werd geconfronteerd. Hoewel een nog onervaren dokter, moet hij door zijn optreden de nodige indruk hebben gemaakt. Reeds in 1636 werd hij tot tweede stadsgeneesheer van Nijmegen aangesteld naast zijn even oude collega Emanuel de Mandeville (1609-1660), wiens vader Michael, in oktober 1635 vermoedelijk aan de pest overleden, schepen en stadsgeneesheer van Nijmegen was geweest⁸. In 1642 huwde IJsbrand te Utrecht de dochter van een aldaar gevestigde collega, Tieman van Gessel, en in 1646 vertrok hij definitief naar die stad, klaarblijkelijk na een meningsverschil onder de Nijmeegse geneesheren. Hoewel remonstrant, werd hij op 6 september 1649 tot buitengewoon, op 7 april 1651 tot gewoon hoogleraar in de genees- en ontleedkunde aan de Utrechtse academie benoemd. Hij stierf er op 6 november 1674 en werd zes dagen later begraven.

IJsbrand van Diemerbroek vestigde zijn faam met zijn pesttraktaat. Volgens eigen opgave redigeerde hij de ziektegeschiedenissen uit boek IV pas negen jaar na de pestepidemie (casus 85)⁹. Hij praktizeerde toen nog in Nijmegen en kon zijn herinneringen, behalve op zijn aantekeningen, ook doen steunen op de lokale omgeving en contacten met zijn patiënten. De in sommige gevallen uiterst gedetailleerde ziektegeschiedenissen wijzen overigens op een zeer nauwkeurige patiëntenadministratie, die hij in weerwil van de overvloed aan werk tijdens de epidemie wist te handhaven. In de gevallen die vanwege hun therapeutisch belang in meer uitgebreide vorm worden weergegeven, vinden we nauwkeurige vermelding van de consulten, een beschrijving van de symptomen, de gestelde diagnose en de uitgeschreven recepten met hun gevolgen, vaak tot in de kleinste details (bijvoorbeeld casus 27, 50, 56, 68, 89, 94) – dat alles met negen jaar tussentijd. Hoeveel van de tekst op rekening van die latere redactie moet worden geschreven, is nauwelijks meer te achterhalen. In zekere zin is dat ook niet werkelijk relevant. Ook een onmiddellijke neerslag van zijn ervaring was immers door Van Diemerbroeks

bril vervormd. De analyse die ik in deze bijdrage wil beproeven, probeert juist die vervorming te expliciteren om een blik erachter te kunnen werpen.

Het pesttraktaat in vier delen (*De Peste libri IV*), dat Van Diemerbroek evenals al zijn latere werken in het Latijn had geredigeerd, werd in 1644 te Arnhem gedrukt, en reeds een jaar later in Amsterdam herdrukt. In 1665 verscheen bij Joan Blaeu een door de auteur herziene versie¹⁰. Deze versie is de basis van de latere uitgaven en vertalingen geworden. In 1671 werd te Middelburg een Nederlandse vertaling gedrukt van de hand van de Middelburgse chirurgijn en pestmeester Jacob du Buisson, vooral ten behoeve van de heelmeeesters; een herdruk ervan verscheen in 1711 te Amsterdam¹¹. Du Buisson, een vurig bewonderaar van Van Diemerbroek, droeg zijn vertaling op aan de magistraat van Middelburg, maar schijnt haar niet te hebben laten autoriseren door de auteur zelf, die toen nog leefde. De terugvertaling van de Nijmeegse straatnamen is ook niet steeds correct: zo heet de Burchtstraat er bijvoorbeeld Kasteelstraat. Overigens blijkt deze vertaling bij vergelijking van uitstekende kwaliteit. Reeds in 1666, tijdens de grote pest van Londen, was het vierde boek met de ziektegeschiedenissen in het Engels vertaald en te Londen uitgegeven. Een nieuwe Engelse versie van het hele werk van de hand van Thomas Stanton verscheen te Londen in 1722, mogelijk als reactie op de onverwachte pestepidemie welke in die jaren in Marseille en omgeving woedde. Tenslotte vinden we het traktaat in de verzamelde werken van Van Diemerbroek die eerst in 1685 te Utrecht, dan in 1721 te Genève werden uitgegeven. Hoewel het dus bepaald niet gaat om een onbekende tekst, zijn de mogelijkheden die het traktaat biedt tot nu toe niet echt onderzocht.

Het doel van dit artikel is niet een volledige analyse van dit pesttraktaat te geven, en al evenmin een oordeel uit te spreken over de strikt medische waarde van Van Diemerbroeks opinies of optreden. Ik wil deze tekst hier gebruiken als een historische bron voor een antropologische benadering van het menselijk handelen gericht op genezing. Op verschillende, straks nader te bepalen analyseniveaus kan de tekst ons namelijk iets over het omgaan met en de beleving van ziekte, genezing en gezondheid leren. Ik beperk mij daarbij met opzet tot de 120 ziektegeschiedenissen uit boek IV, die voor Van Diemerbroek zelf trouwens de basis lijken te zijn geweest voor de meer systematische uiteenzettingen in de eerste drie boeken. Alleen zijn die drie boeken zo exclusief vanuit het perspectief van de medicus geschreven dat ze voor mijn doel niet goed bruikbaar zijn. Hoewel ze hier en daar bijvoorbeeld min of meer systematische opsommingen geven van gangbare voorzorgsmaatregelen of huismiddeltjes tegen de pest, verschaffen ze geen goed inzicht in de wijze waarop met die middelen werd omgegaan. In de inleidende hoofdstukken haalt Van Diemerbroek die handelwijzen uit hun context om ze binnen de medische ratio te kunnen toetsen aan zijn wetenschappelijk wereldbeeld.

ISBRANDI de DIEMERBROECK
Med. Doct. & Profess.
TRACTATUS
DE PESTE,

In quatuor libros distinctus ;
Truculentissimi morbi Historiam ratione &
experientiâ confirmatam exhibens.

Ab Auctore emendatus , plurimisque in locis adauctus.



AMSTELÆDAMI,
Typis JOANNIS BLAEV.
M. DC. LXV.

Titelblad van de herziene uitgave, Amsterdam 1665 (Nijmegen, Bibliotheek Gemeentearchief)

Daartegenover beschouw ik het geheel van wat zijn ziektegeschiedenissen bieden juist als een in zichzelf consistente bron, een door de tekst zelf afgegrensd veld van gegevens dat globaal geanalyseerd kan worden, ongeacht de verhouding van die gegevens tot de medische theorie. Die theorie vormt zelf juist één van de gegevens. Dat houdt overigens niet zonder meer in dat alles wat Van Diemberbroek schrijft inhoudelijk consistent moet zijn: hij kan zich hier en daar schier ongemerkt tegenspreken. De consistentie ligt in de gerichtheid van het individuele en collectieve handelen van alle gepresenteerde personen op mijding of genezing van de pest, vanuit – maar daar beginnen de vooronderstellingen – een gemeenschappelijk wereldbeeld. Binnen dat wereldbeeld tekenen zich verschillen in opvattingen en gedragingen af die samenhangen met specifieke posities in beroep, samenleving en cultuur.

De Nijmeegse pest van 1635-1636

De pest van 1635-36 heeft te Nijmegen – maar ook elders in de Republiek – een ongekend groot aantal slachtoffers geëist¹². In verhouding tot de zestiende eeuw was de burgerbevolking van de stad toen al sterk verminderd, maar Nijmegen nam in de oorlog een strategische positie in en had een van de grootste garnizoenen van de Unie binnen zijn muren. Toen de Schenkenschans, die de splitsing van Rijn en Waal bewaakte, eind juli 1635 onverhoeds door de Spanjaarden was ingenomen, trokken de Staats-Franse troepen onder aanvoering van Frederik Hendrik zich op het een tiental kilometer stroomafwaarts gelegen Nijmegen terug. De Schenkenschans bleef negen maanden in Spaanse handen, zodat Nijmegen in de winter van 1635-'36 boordevol soldaten zat. Bij een burgerbevolking van bijna 6000 waren er vermoedelijk ruim 7000 soldaten, waarbij nog eens 3000 soldatenvrouwen en -kinderen kwamen, in totaal ongeveer 16.000 opeengepakte inwoners. Ongetwijfeld hebben de soldaten de pest binnen Nijmegen gebracht. In hoofdstuk 3 van het eerste boek stelt Van Diemberbroek dat de combinatie van een nat voorjaar en een droge zomer in 1635 tot verrotting van de natuur en pestkoortsen had geleid, die te Nijmegen in november omsloegen in een echte pestepidemie. Speciaal voor de soldaten werd toen opnieuw een groot pesthuis ingericht¹³ – ook al blijkt uit Van Diemberbroeks geschiedenissen dat veel soldaten in feite thuis, in een herberg of in leegstaande woningen werden verpleegd. Zeker is dat de pest reeds in de herfst in het leger woedde en spoedig ook onder de burgerij toesloeg. Zieke burgers konden in het Sint-Jacobsgasthuis terecht. Van 31 juli 1635 tot 1 augustus 1636 werden tenminste 6009 mensen te Nijmegen begraven – maar de pest was in die augustusmaand bepaald nog niet verdwenen. Ruim een kwart van de door Van Diemberbroek in chronologische volgorde gepresenteerde gevallen speelt zich na die datum af. Hij stelt trouwens zelf dat de pest tussen eind april en eind oktober 1636 op haar hoogtepunt was en pas in 1637 door een onverwachte februarikoude werd gestuit. Alles bij elkaar zal de sterfte eerder in de orde van 50% van de bevolking hebben gelegen. De oorlogssituatie verklaart natuurlijk het grote aandeel van de soldaten en hun gezinsleden onder de

slachtoffers van de pest, maar de militairen maken toch niet meer dan éénderde van Van Diemberbroeks patiënten uit. Ik kom daar nog op terug.

De tekst als bron voor de analyse van handelen

In deze bijdrage wordt een tekst als bron gebruikt. Elke historische tekst kan op meerdere niveaus worden gelezen en ontraadseld. Die analyseniveaus verhelderen elkaar, want ze geven verschillende dimensies van de werkelijkheid weer. In de belevingswereld lopen die dimensies gewoonlijk door elkaar heen. Daardoor wordt de menselijke ervaring rijk en complex, maar ontstaan er tevens conflicten over de interpretatie van de werkelijkheid. Ook spelen ze het menselijk geheugen vaak parten. Zoals Maurice Halbwachs en na hem Gérard Namer hebben aangetoond, werkt het geheugen met de dominante structuren van ons gedragspatroon en volgt het globaal de lijnen van ons gangbare vertoog over mens en samenleving¹⁴. Wij herinneren ons bij voorkeur wat wij in psyche en gedrag reeds hebben geïnternaliseerd. Wanneer het geheugen wordt geprikkeld, selecteert het dus ten gunste van een zekere continuïteit in ons denken en handelen – maar gegeven de complexiteit van dat handelen en het composiet karakter van veel van onze opvattingen en voorstellingen ligt daarin een interpretatiemoment besloten waar de onderzoeker zich bewust van moet zijn.

Nemen we casus 107 als voorbeeld voor de drievoudige lezing die hier wordt voorgestaan. Van Diemberbroek verhaalt hier hoe François Lankfort, “een sterk man”, bij het ontwaken een grote benauwdheid in de hartstreek voelde. Lankfort herkende dit als een pestsymptoom en nam terstond een goede dronk warme alsem-wijn om de pest uit te zweten – ongetwijfeld in bed. Toen de benauwdheid na drie à vier uur zweten was verdwenen, kwam een gezwel in de linker lies op – opnieuw een duidelijk pestsymptoom. Lankfort probeerde dit te doen rijpen door een met raapolie bestreken rodekoolblad op het gezwel te leggen. Toen de tweede dag geen verbetering opgetreden bleek, maar hij ook zijn knie niet meer goed kon bewegen, liet Lankfort een chirurgijn komen. Deze paste een aderlating toe: uit Lankforts rechterarm werd een half pond bloed afgetapt. Kort daarop begon de zieke te beven en viel hij flauw. De koorts steeg, hij braakte, had dorst en hoofdpijn, en het gezwel verdween – opnieuw evenzoveel klassieke symptomen van de pest. De derde dag werd de geneesheer erbij gehaald. Van Diemberbroek constateerde hoge koorts, voelde een zwakke, snelle maar ongeregelde pols en zag dat de tong van de zeer verzwakte patiënt zwart was. De geneesheer stelde vast dat het te laat was en voorspelde dat Lankfort spoedig zou sterven, wat na enkele uren ook gebeurde.

Dit verhaal kan op de eerste plaats als een documentaire ziektegeschiedenis worden gelezen. De symptomen van de pest worden er achtereenvolgens kort beschreven en de ontwikkeling van het ziektebeeld wordt summier maar efficiënt aangeduid. De zieke sterft op de derde dag. Welhaast een modaal geval van pest! Maar er zijn nog andere lezingen mogelijk. Op de eerste plaats mogen we veronderstellen dat er een bepaalde reden is geweest waarom Van Diemberbroek dit ge-

val (en de 119 andere van zijn boek) uit de meerdere honderden van dat jaar heeft geselecteerd. Die reden kan tot de inhoudelijke, therapeutische aspecten van de geneeskunde behoren. We hoeven hier dan niet te denken aan het ziektebeeld zelf, aangezien Van Diemerbroek dat, na vele andere auteurs van pesttraktaten, in zijn meer systematische hoofdstukken al heeft uiteengezet. Het gaat hier om de afwijking van dat beeld, of om kenmerkende elementen die de geneesheer een diagnose vergemakkelijken. We kunnen hier dan denken aan de zwarte tong, die ook in geval 95 als een zeker teken van een naderende dood naar voren komt, terwijl casus 109 juist het tegenovergestelde geval biedt: genezing ondanks dat symptoom. Maar in nogal wat gevallen lijkt de clou van het verhaal niet te liggen in zo'n strikt geneeskundig element, waarde vrij en bestemd voor beroepsgenoten, doch in een normatieve boodschap: wie van de pest wil genezen moet dit laten of dat doen. In casus 107 is die normatieve boodschap ondubbelzinnig aangegeven: wie van de pest wil genezen moet niet naar een chirurgijn gaan, maar naar een geneesheer. Een chirurgijn, in dit geval nota bene een pestmeester, behandelt verkeerd: aderlating, de panacee van de chirurgijn, verzwakt nodeloos een patiënt die toch al verzwakt is, zodat de geneesheer machteloos komt te staan. Het therapeutisch conflict loopt hier dus parallel met een competentiestrijd tussen de chirurgijns en de geneesheren. Die strijd is overigens vooral van principiële aard. Hij betrof de formele afbakening van de bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Hij betekende niet zonder meer dat de bevoegdheden van de een nooit door de ander mochten worden uitgeoefend, en al evenmin dat de geneesheer het in alle gevallen beter wist dan de heelmeester. We zullen dat nog zien. Wel impliceert deze strijd dat de geneesheer degene is die uiteindelijk bepaalt welke medische en farmaceutische ingrepen geoorloofd zijn. De pestmeester in kwestie paste een standaardingreep toe zonder behoorlijke diagnose: "om de genezing te verhaasten en te beletten (zoals hij zei) dat de koorts terug zou komen", ging hij onmiddellijk tot aderlating over. De ingreep probeert dus slechts een symptoom te bestrijden, niet de ziekte zelf. Daarom wijst Van Diemerbroek hem af en noemt hij de pestmeester minachtend een "pseudo-chirurgijn"¹⁵.

Met deze twee relatief gemakkelijk te analyseren leesniveaus hebben we de tekst nog niet uitgeput. Nog een derde leesniveau is mogelijk, dat we het historisch-anthropologische niveau in meer strikte zin zouden kunnen noemen¹⁶. De tekst geeft ons namelijk, zij het verstrooid en soms verhuld, allerlei informatie over de medische kennis van de niet-medici, over hun therapeutisch verwachtingenpatroon en hun houding jegens de medici, over maatregelen ter preventie of genezing door de zieken zelf of hun familieleden, burens en werkgevers genomen, en tenslotte over de samenhang tussen medisch en niet-medisch handelen. Ook dit komt in casus 107 duidelijk naar voren. We zien dat de zieke (wiens beroep helaas niet wordt aangeduid, maar die zeker geen medicus was) de symptomen van de pest weet te lezen en ook de standaard-medicatie kent zoals die door Van Diemerbroek werd aanbevolen. Hij zal overigens zelf geen patiënt van de dokter zijn geweest: aanvankelijk neemt hij immers zijn toevlucht tot een pestmeester. Hij weet dat de eerste pestsymptomen bestreden worden met koortsverdrijvende

zweetmiddelen. Hij gebruikt daartoe alsemwijn, dat wil zeggen wijn waarin alsem (*Artemisia absinthum* oftewel absint) is afgetrokken. Dat huismiddel werd door de medici niet afgewezen¹⁷, al schreef Van Diemberbroek zelf steeds bij voorkeur farmaceutisch toe bereide zweetmiddelen voor waarvan hij de samenstelling zorgvuldig opgeeft. In zijn inleiding stelt hij echter uitdrukkelijk dat hij vooral als het koud was 's ochtends wel alsemwijn toestond ("welke de lieden van ons land zeer gemeen is") – maar dan niet in de gewone samenstelling van een kruidenwijn, doch als een farmaceutisch compositum. Van beide geeft hij in hoofdstuk 10 van het tweede boek de samenstelling. Bij gelegenheid dronk hij hem ook zelf.

Lankfort weet ook dat pestgezwollen rijpen onder een rodekoolblad dat met raapolie of oude boter is vetgemaakt. Hij kan dit uit een van de talrijke tot dan toe gepubliceerde pesttraktaten hebben gehaald, of uit de mondelinge overlevering. Dat valt voor ons niet meer te achterhalen. Bij Van Diemberbroek zelf komt dit middel nog in zeven andere geschiedenissen voor: het wordt nu eens onafhankelijk van de beroepsmedici (23: door een brouwerse), dan weer door de geneesheer zelf aangewend (56, 58, 68, 94). Ook paramedische practici als ziekenverpleegsters, culturele tussenpersonen bij uitstek die met name bij een pestepidemie een belangrijke rol speelden (79, 96), blijken het te gebruiken. Zo Catharina Willems, verpleegster van de pestlijders, een fameus drankorgel volgens Van Diemberbroek die met enige vertedering over haar spreekt: op eigen houtje genas ze haar koorts door zich te bezatten en bracht ze haar pestbuil tot rijping door er een plaaster van ingevette rodekoolbladeren op te leggen (90). Ook hier zien we een vermoedelijk empirisch ontstaan en als zodanig algemeen bekend huismiddel zowel door leken als medici worden aangewend¹⁸. De conflictmogelijkheden tussen de empirische geneeskunde en de medische wetenschap blijven beperkt zolang de leek slechts zulke natuurlijke middelen met een dubbelzinnige status gebruikt.

In feite vertoont het therapeutisch handelen van pestlijder Lankfort een duidelijke structuur. De casus beschrijft drie fasen, elk door de grens van dag en nacht gescheiden, alsof een nieuwe dag de zieke weer naar het begin van het besluitvormingsproces terugbracht. Bij het ontwaken op de eerste dag, wanneer de patiënt zijn ziekte ontdekt, besluit hij zelf een poging tot genezing te wagen zonder tussenkomst van een beoefenaar van de geneeskunde. Van Diemberbroek ironiseert niet over die automedicatie, want de patiënt gebruikt adequate middelen, ook al vormen die in feite slechts variaties op de standaardmiddeltjes van de leek: alcohol, kruiden, compressen. Op de morgen van de tweede dag wordt een nieuwe beslissing genomen. Niet zozeer de ontwikkeling van de ziekte alswel de overschrijding van een pijngrens prest de zieke een specialist te raadplegen. Hij kiest de pestmeester, wellicht omdat de pijn met het gezwel wordt geassocieerd. Pas op de morgen van de derde dag wordt de geneesheer gehaald. Het gezwel is dan verdwenen, en de zieke (of zijn familieleden) erkennen nu dat de ziekte tot het terrein van de interne geneeskunde behoort. Maar dan is het al te laat. Weliswaar is deze casus dus in een ietwat stereotiepe verhaalstructuur gegoten, die overeenkomst vertoont met die van het middeleeuws *exempel*, maar dat neemt niet weg

dat het verhaalde inzicht geeft in de wijze waarop de zieke omging met het verlangen naar genezing.

Natuurlijk is dit slechts één geval. Het totaal van de ziektegeschiedenissen kan onze analyse aanzienlijk verfijnen. Vatten we daartoe eerst het voorgaande kort samen. In boek IV van Van Diemerbroeks pesttraktaat kunnen minstens drie analyseniveaus worden onderscheiden. Het eerste niveau beantwoordt aan het uitdrukkelijke doel dat Van Diemerbroek zich heeft gesteld toen hij zijn ziektegeschiedenissen selecteerde en redigeerde. In de eerste drie boeken van zijn traktaat was hij reeds uitvoerig ingegaan op de aard van de pest, de wijzen om haar te vermijden en de manieren om ervan te genezen. In deel IV stelt hij zich nu een ander doel. Op de eerste plaats geeft hij technische voorbeelden van verantwoord medisch handelen, bedoeld voor collega's uit het medisch beroep: de symptomen herkennen, een juiste diagnose stellen, goede geneesmiddelen voorschrijven, weten wanneer niets meer helpt. Op een tweede niveau geeft hij zijn ziektegeschiedenissen een exemplarische structuur. Ze dragen een normatief karakter, leren ons iets over de verhouding tussen goed en kwaad, tussen wat wel en niet behoort te gebeuren. Ze scheppen een rangorde onder degenen die er aanspraak op maken te kunnen genezen en leggen tussen de concurrenten in het medische beroep formele verantwoordelijkheden vast. Ze leren ons de leek van de ingewijde en de specialist van de kwakzalver te onderscheiden. Op het derde niveau vertellen de casussen ons, gewoonlijk onbedoeld, soms ook in weerwil van wat Van Diemerbroek wilde overbrengen, iets over de feitelijke omgang met gezondheid en ziekte in de Nijmeegse samenleving. We constateren er gedragingen en opvattingen uit het leven van alledag. We bespeuren er facetten van de reële verhoudingen tussen specialisten en niet-specialisten van het genezen en zien er zich de contouren van de 'medische markt' aftekenen. In haar totaliteit, door de verwevenheid van de niveaus, brengt die analyse ons een stapje dichterbij een historische antropologie van het genezen.

Eerste analyseniveau: verantwoord medisch handelen

Over het eerste analyseniveau mogen we hier relatief kort zijn. Van Diemerbroek wil zijn collega's helpen een juiste diagnose te stellen. Hij probeert hen duidelijk te maken dat het ziektebeeld van de pest weliswaar een aantal vaste symptomen kent, maar ook veel uitzonderingen¹⁹. Aan de hand van specifieke gevallen helpt hij hen die te onderscheiden: extreme benauwdheid (8, 22); razernij (65, 91); externe symptomen die pas heel laat (27, 33, 42, 81, 87, 103), ja eerst na het overlijden verschijnen (5, 38); zekere tekenen van een spoedige dood (86, 92), zoals zwarte plekken op de huid (87), een zwarte tong (95), of heesheid (47, 93). En hij kan het natuurlijk niet laten de obligate curiosa te verhalen: een pestbuil op de balzak (117) of in de kaak (30), elf builen over het hele lichaam verspreid (66), een sterfgeval van uitputting na meer dan driehonderd maal niezen (18), een komisch aflopende schijndood (85). Geneesmiddelen kunnen onverwachte bijwerkingen hebben, zoals slapeloosheid (49). En hoe zit het als iemand ten tweeden

male met de pest wordt besmet (9 en 45; 37)? Kan een langdurig zieke nog genezen (50, 56, 68, 83, 89, 98)? Soms geneest hij tegen alle verwachting in (41, 74). En genezing van pokken maakt ook immuun tegen de pest (79). Het zou dan ook onverstandig zijn de natuurlijke weerstand van het lichaam te veronachtzamen: ook natuurlijk zweten kan de pest verjagen (25). En – Van Diemberbroek is er befaamd door geworden²⁰ – tabak helpt zowel preventief als curatief: eigenlijk is een royaal tabaksgebruik voor hem het enige geëigende geneesmiddel tegen de pest; Van Diemberbroek rookte per dag een groot aantal pijpen van de beste tabak, en nam er nog een paar extra als hij voor zichzelf besmetting vreesde (17, 120).

Maar een werkelijk onverklaarde genezing blijft zeldzaam. Van Diemberbroeks werk probeert juist het ziektebeeld te rationaliseren en voor alle gevallen een verklaring te vinden. Dit doet hem herhaaldelijk terugkomen op de oorsprong van de besmetting. Hij wijst op het gevaar van seksuele omgang (7), op de risico's van het zogen (26), van oververmoeidheid (106), van verwonding met een rapier (62). Vooral zoekt hij naar verklaring van het schijnbaar onverklaarbare in ruimte of tijd, d.w.z. door besmetting op afstand of op een bepaald ogenblik: ten gevolge van ruzie (20), van angst (105), of van stank (78, 96)²¹, aan het doodsbed van een werkgever (45), uit schrik over een verwonding (88), beangst door het gezicht van een tot razernij vervallen pesteling (31, 82) of door het zwart uitgeslagen lijk van een zoon (84 – de beangste vader was de Waalse predikant Gatien). Miasmatische opvattingen gaan hier hand in hand met sympathische verklaringen²².

Een bijzondere plaats neemt het bloed in²³. Van Diemberbroek wijst op het probleem van een menstruatie die met de pest samenvalt of er voortijdig door wordt opgewekt: de vrouw loopt het risico dood te bloeden (10, 23, 61). Maar hetzelfde kan gelden voor een neusbloeding (80), en een niet te stuiten buikloop kan er licht toe leiden dat de zieke leegbloedt (39, 59, 96, 101). Vandaar de bijzondere aandacht die hij telkens weer aan diarree besteedt en waarvoor hij tal van geneesmiddelen opsomt. Ook bloed pissen is trouwens een zeker teken van een naderend einde (46, 114). Deze diagnoses sluiten aan bij Van Diemberbroeks belangrijkste motief van onenigheid met de chirurgijns: de aderlating. Bloed hoort voor hem in het lichaam thuis. Het is een element van kracht, niet van vervuiling. Men heeft er nooit teveel van. Aderlaten zuivert niet, maar verzwakt. Toch ademen zijn teksten nog een grote onzekerheid over wat zich in het lichaam afspeelt. Tot vijf maal toe beschrijft hij zonder commentaar hoe allerlei in het lichaam levende parasieten worden uitgebraakt: een lange, dikke witte worm (14), twee pinkdikke rode wormen die in het bekken liggen te kronkelen (48), meer dan zestig bloedrode wormen die op maden lijken (52), een lange zwarte worm in de gedaante van een egel (108), een bloedrood, hagedisachtig beestje met vier poten, een dunne staart en kleine oortjes, groot als een pink en in de vorm van een draakje (70). Laatstgenoemd dier had hij niet kunnen zien, omdat hij toevallig elders was, maar chirurgijn François Patin, die zijn vertrouwen had, was erbij en had hem verslag uitgebracht²⁴.

In dit licht krijgt casus 32 een bijzondere betekenis. Van Diemerbroek verhaalt er een discussie die hij in mei 1636 na een gezamenlijk bezoek aan een stervende pestlijder, de Engelse soldaat Derek Petterd, met chirurgijn Mr. Cornelis had gevoerd. De chirurgijn beweerde dat de purperen 'peperkoorns' waarmee het lichaam van de pestlijder in het fatale stadium was bedekt slechts deel uitmaakten van de huid, terwijl Van Diemerbroek met een beroep op de befaamde Franse fysioloog Jean Fernel (1497-1558) stelde dat ze tot in de onderliggende weefsels doordrongen. Chirurgijn en geneesheer besloten het lijk van de soldaat de volgende dag te openen om te onderzoeken wie gelijk had. Na dij en bovenarm te hebben opengesneden moest de chirurgijn zijn ongelijk bekennen: de 'peperkoorns' bleken zich door de spieren heen te boren, tot op het bot. Niet alleen de proefondervindelijke wijze waarop de ambachtsman en de academicus gezamenlijk de waarheid probeerden te achterhalen is opmerkelijk, maar vooral het feit dat de chirurgijn tijdens de ruim zes maanden dat de epidemie toen al duurde, terwijl hij onophoudelijk pestgezwollen had moeten openen, kennelijk nog nooit verder had gekeken dan de oppervlakte van de huid. De geneesheer van zijn kant had dat evenmin, maar hij redeneerde vanuit parate boekenkennis, die hem een voor-sprong gaf bij de beoordeling van de ziekteprocessen binnen in het lichaam.

Tweede analyseniveau: normen voor genezing

We raken hier een van de kernelementen van het medisch handelen. Hoe geloofwaardig waren de verschillende medische specialisten voor de zieke? Het is bekend dat de kristallisering van de verschillende medische beroepsgroepen in de vroegmoderne tijd tot de inrichting van een formele statushiërarchie heeft geleid. De chirurgijns droegen daarbij weliswaar een eigen verantwoordelijkheid voor specifieke vormen van medisch handelen, maar werden ondergeschikt geacht aan de wetenschappelijke autoriteit van de academisch gevormde geneesheren²⁵. Tal van academici hebben zich daarbij laten verleiden tot uitspraken over de onkunde van de heelmeesters waarvan wij thans weten dat ze veel minder zeggen over een kwalitatief onderscheid in medische zorg dan over een statusclaim. Van Diemerbroeks ziektegeschiedenissen leveren op het eerste gezicht de nodige stof voor een *chronique scandaleuse* van het chirurgijnsambacht. Natuurlijk moeten we in aanmerking nemen dat het in de garnizoensstad Nijmegen in die pesttijd moet hebben gewemeld van de legerchirurgijns en pestmeesters met een onduidelijke, om niet te zeggen hoogst summiere vakkennis waartegen Van Diemerbroek begrijpelijkerwijs in verzet komt. Hij ironiseert trouwens tot tweemaal toe over de Engelse chirurgijn Mr. Edmund die bij purgaties zwoer en daartoe in beide gevallen een braakmiddel ingaf (7: met wijn; 116: een drachme passavantpoeder met bier).

Maar meer in het algemeen kunnen verschillende ziektegeschiedenissen worden gelezen als ondubbelzinnige voorbeelden van de superioriteit van de academisch gevormde geneesheer. De chirurgijn handelt als een klinisch onbenul (116), of bekent zelf zijn ongelijk (11, 32). Wie eerst naar een chirurgijn gaat en pas daarna naar een geneesheer, is ten dode opgeschreven (4, 33, 71); dat geldt

ook als een chirurgijn bij de behandeling door de geneesheer onbevoegd tussenbeide komt (28). De heelmeeester is weliswaar bevoegd een gezwel open te snijden, maar kent het inwendige van het lichaam niet (49). Een goede chirurgijn is wie “na de konst” handelt, door zich bij zijn stiel te houden of de aanbevelingen van de geneesheer te volgen (42, 53, 58, 83). Eventuele fouten van de chirurgijn kunnen soms nog door de geneesheer ongedaan worden gemaakt (24). Maar wat lieden als koppenzetters door hun onkunde aanrichten kan niet anders dan fataal zijn (113).

Duidelijk zijn de chirurgijns de echte concurrenten van de geneesheer. Conflicten die echt serieus worden genomen spelen zich steeds tussen Van Diemerbroek en een chirurgijn af. De tekst geeft ons helaas geen inzicht in de totale omvang van de medische concurrentie. Collega-geneesheren zoals Mandeville komen niet in de verhalen voor. Kennelijk gebod de beroepsethiek, niet onder elkaars duiven te schieten. De verhoudingen liggen verticaal en hiërarchisch. Overleg pleegt de geneesheer met de heelmeeesters, niet met degenen die nog lager staan. We horen dus spreken over burger- en legerchirurgijns, die soms ook optraden als pestmeester, maar weten niet hoeveel er waren – in elk geval meer dan de hier genoemde²⁶. De koppenzetter zal mannelijke of veeleer vrouwelijke collega's hebben gehad²⁷. En er was in Nijmegen een scherprechter: in 1620 kreeg deze een conflict met een apotheker omdat hij “eenich menschelijck smeer, uuyt een doot corper gesneden” als zalfje verkocht²⁸. Ook zullen er veel meer vrouwen zijn geweest die beroepshalve of tijdelijk de zieken verpleegden dan de drie die uitdrukkelijk worden genoemd (79, 90, 96). Maar voor Van Diemerbroek houdt het concurrentieveld duidelijk bij de heelmeeesters en apothekers op. Daarbuiten heerst de onkunde van de kwakzalverij, of komt men in de wereld van de vrouwelijke beroepen. Kennelijk wordt geen van beide groepen als concurrerend ervaren.

De competentie van de medicus begint al bij de preventie. Hij geeft zijn oordeel over de klassieke zuiveringsmiddelen: aderlaten (16), in de meimaand koppen zetten op de voeten (23), een fontanel op de linkerarm (51), een fistel bij de knie in het voorjaar (110). Amuletten tegen de pest werken averechts, doordat ze de pest bespoedigen, of ze werken helemaal niet (44, 51, 99). Alleen medisch goedgekeurde vormen van preventie lonen (110), zoals de pillen tegen de pest die Van Diemerbroek zelf heeft uitgevonden (25, 56). Daartoe behoort ook een beheerste en matige levenswijze. De jonge bruidegom Frederik Willenburg had zo vaak “in de akker van Venus geploegd” dat hij drie dagen na zijn bruiloft de pest kreeg en de volgende dag stierf (69). Zelfs met voorzorgsmaatregelen moet niet worden overdreven: wijnkoper Christiaan van Ummerzon ging uit angst voor de pest tot een zo excessief gebruik van alsemwijn over dat zijn lichaam ziekteblijken begon te vertonen die hij vervolgens weer als symptomen van pest interpreteerde (76). De geneesheer maakt een radicaal eind aan deze vicieuze cirkel: hij verbiedt de wijnkoper het gebruik van alsemwijn en schrijft hem een goede levenswijze voor, alsmede een geneesmiddel om de eetlust weer op te wekken. Maar de wijnkoper was kennelijk niet in staat zonder geneesmiddelen te leven: was het ene verboden, dan nam hij het andere wel. In zijn persoonlijke beeld van gezondheid voerde de

constante spanning tussen ziekte en genezing de boventoon en vormde het geneesmiddel het instrument waarmee die vooral psychische strijd werd beslecht. Van Diemberbroek, die hem ook later als patiënt hield, noteert dat de man het geneesmiddel "nog enige jaren daarna dikwijls door de apotheker heeft doen maken om zijn eetlust en zijn gezondheid (zoals hij zei) daarmee te onderhouden en te bewaren".

Zo gauw men dan symptomen van pest bij zichzelf meent te ontdekken, is de enige verstandige handelwijze die symptomen voor zich te houden (102) en onmiddellijk een geneesheer te raadplegen (2, 35). Wie zich ziek waant, moet niet zelf een diagnose gaan stellen: hij zou de tering voor de pest kunnen aanzien (83). Hij moet al helemaal niet proberen zichzelf te genezen (16, 63), zelfs niet met de hulp van een apotheker (19). Alleen wanneer de academicus zulke vormen van medicatie heeft gelegitimeerd, mogen ze worden toegepast (12, 90). Ook de apotheker moet immers luisteren naar de geneesheer (72), die als enige de juiste geneesmiddelen kent (111). Ook een goede chirurgijn herkent men aan zijn ontvankelijkheid voor het oordeel van de medicus (75). De zieke moet dus in de geneesheer geloven (57) en niet eigenwijs zijn (56, 97). Liefst vijf geschiedenissen schilderen de rampzalige gevolgen die patiënten van hun eigenwijsheid kunnen ondervinden: wanneer zij ondanks het voorschrift van de geneesheer uit bed gaan, hun stinkend en bezweet lijfgoed verschonen, of verzuimen de noodzakelijke geneesmiddelen in te nemen, slaat de ziekte onherroepelijk toe en is de patiënt ten dode opgeschreven (23, 29, 54, 94, 100). Tussen de regels van het medisch handelen door wordt de lezer van Van Diemberbroeks ziektegeschiedenissen zo geconfronteerd met het beeld van de heroïsche strijd van de medicus tegen de ziekte, waar de patiënt zich als leek niet actief mee in mag laten.

De medicalisering van het gedragspatroon die de geneesheer als norm probeert op te leggen, kent echter enkele grenzen. Die grenzen zijn die van het vigerend wereldbeeld. De medische wetenschap dekt weliswaar het gehele terrein van het leven, maar aan twee zijden wordt dat terrein ingeperkt door sectoren met een autonome logica: naar binnen (de psyche) en naar buiten (de buiten- of bovennatuurlijke wereld). De patiënt heeft bij het genezingsproces een eigen verantwoordelijkheid. Niet alleen moet hij de adviezen van de medicus opvolgen, zoals hierboven aangeduid, maar ook moet hij zijn psyche in de strijd tegen de ziekte inzetten. Als hij zelf niet vecht, delft hij het onderspit (115). De medicus staat dan ook machteloos als de fysieke gezondheid van een patiënt het slachtoffer wordt van diens inbeelding. Zo voert Van Diemberbroek in casus 67 Rutger van Oxstein op, ruiter onder ritmeester Douglas en dus wellicht een Engelsman. Op zekere nacht droomde de ruiter dat een naakte, uitzinnige pestlijder hem tegen de grond wierp en na een korte worsteling schrijlings op hem kwam te zitten. Daarop braakte hij de pest in de mond van de ruiter uit. Deze ontwaakte doodsbenaauwd, en de indruk die de nachtmerrie op hem gemaakt had was zo sterk dat hij na drie dagen pest vatte en 's anderendaags stierf. De analogie van de pesteling met de gestalte van de nachtmerrie in de droom van een ruiter, die zelf zijn leven te paard doorbrengt, geeft het verhaal uiteraard een bijzonder suggestieve kracht – maar Van

Diemerbroek pakt dit misschien uit traditioneel verhaalgoed stammend element in zijn commentaar niet op. Het gaat hem om de fatale gevolgen van de inbeelding, waar tegenover de medicus machteloos staat.

Schrik in combinatie met inbeelding vormt ook de spil van de gevallen 31 en 82. Het zijn twee analoge verhalen met een identieke verhaalstructuur, waarin enerzijds de twintigjarige dochter van procureur Engelbert de Man, anderzijds bakker Herman Thomassen als hoofdpersoon wordt opgevoerd. De slachtoffers werden respectievelijk in mei en in oktober 1636 op straat bij toeval geconfronteerd met het “afgrijselijk gelaat” van een razende, koortsige pestlijder. Van schrik vatten beiden onmiddellijk zelf pest en stierven enkele dagen later: “op geen enkele wijze, noch met woorden noch met redenen, heeft men hem [de bakker] deze schrik uit zijn zinnen kunnen zetten” (82), noteert de behandelend geneesheer. Even machteloos stond hij in het geval van de huisvrouw van pachter Van de Swart (104). Toen haar man aan de pest was overleden, bleek het haar onmogelijk zich over haar verdriet heen te zetten. Ze beeldde zich in dat ze zelf spoedig aan de pest zou overlijden. Ze maakte haar testament, nam afscheid van haar familieleden en kreeg daarop inderdaad de pest. Deze bleek met geen mogelijkheid te genezen en joeg haar na vier dagen de dood in. De clou van deze drie geschiedenissen ligt niet zozeer in de angst, als wel in de erkenning door de medicus dat de patiënt een handelend subject is, die bewust of onbewust grenzen kan stellen aan de werkzaamheid van de geneeskunde. Een en ander wordt nog benadrukt door de theatrale presentatie, met name in het derde geval. De pachtersvrouw handelt er als absoluut meesteres van haar eigen lot. Daarnaast steunen zulke casussen natuurlijk op specifieke fysiologische opvattingen over de werkzame rol van de inbeelding, die tot ons eerste analyseniveau behoren²⁹.

De eigen verantwoordelijkheid van de zieke brengt de geneesheer er soms toe de medicatie aan te passen aan zijn levensstijl: alleen dan kan de noodzakelijke medewerking van de patiënt worden verwacht. Een mooi voorbeeld daarvan levert casus 40. Nicolaas van Elten, ruitersoldaat onder ritmeester Coenjers, een “kloek en roekeloos mens”, kreeg in mei 1636 de pest die hij aan een gezwel in zijn lies herkende. Aanvankelijk hield hij het bij een simpele vorm van automedicatie: hij pakte echter niet het symptoom aan (het gezwel), doch de ziekte, op zichzelf een verstandige reflex. Hij kocht voor twee stuivers klein gekerfde tabak die hij in bier kookte. De uitgezeefde tabaksdrank dronk hij als geneesmiddel. Al spoedig kwamen andere peptsymptomen opzetten: benauwdheid, zwakte, braking en een hevige ontlasting. Hij bleef “als een varken” in zijn vuiligheid liggen en uit vrees voor besmetting durfde niemand hem te benaderen. Uiteindelijk werd hij door enkele medebewoners van zijn huis – wellicht soldaten – schoongemaakt en op bed gelegd. Luitenant Couper riep daarop de geneesheer. Deze liet hem eerst twee à drie maal bier drinken om de tabak uit zijn lijf te spoelen. Vervolgens gaf hij hem een zweetmiddel. In dit geval echter niet een van de gebruikelijke composita uit de apotheek, doch een halve pint sterke Franse wijn waarin nootmuskaat, kaneel en gember waren gekookt “gelijk de ruiters gewoon zijn”. Na enkele uren deden zijn huisgenoten dit nog eens over. De volgende dag was de ruitersoldaat hersteld.

Hij beroemde zich erop “dat hij een duivel gevonden had (te weten de tabak) die erger was dan de pest zelf, want zo gauw deze het lichaam binnenkwam, werd de pest er spoorlags uitgedreven”.

De geneesheer blijkt hier een fijnzinnig psycholoog. Hij heeft onmiddellijk begrepen dat de kordate maar eigenwijze ruiter alleen zijn eigen vertrouwde middel-tjes zal gebruiken, en zolang ze het gewenste effect sorteren, is hem dat uiteindelijk om het even. Tegelijk licht deze geschiedenis een tipje van de sluier van de beleving van het genezingsproces op. De ruiter houdt dit psychisch duidelijk in eigen hand. Interventie door het medisch beroep maakt geen deel uit van wat we zijn ‘sanitair wereldbeeld’ zouden mogen noemen. De tussenkomst van de geneesheer wordt dan ook uit zijn geheugen weggeschreven, terwijl hij zijn eigen interventie als doorslaggevend duidt. Niet dat hij geen geloof hecht aan het handelen van de medicus: hij neemt braaf zijn geneesmiddelen in. Maar hij beschouwt het als irrelevant. Alleen de vertrouwde geneesmiddelen uit zijn eigen leefwereld zijn krachtig genoeg om de indringer weer uit te bannen. De ruiter treedt vanaf het eerste begin op met een zelfverzekerdheid die aan zijn spoedige genezing niet vreemd zal zijn geweest. Hij kent zijn lichaam en weet hoe ermee om te gaan. Dat is hem voldoende. Daarbij heeft hij het geluk gehad een geneesheer als Van Diemerbroek te treffen die subtiel genoeg dacht om daar vrede mee te kunnen hebben.

Behalve psychische grenzen van de kant van de zieke wordt aan de geneeskunde ook een bovengrens gesteld, namelijk daar waar de natuur zelf een andere werkelijkheid raakt. Allegorisch wordt dat al aangeduid in de ziektegeschiedenissen die de in Nijmegen werkzame priesters betreffen en waarin de overgang van dit naar het andere leven centraal wordt gesteld. Al lijkt de tegenstelling niet bewust geconstrueerd, het is niettemin opmerkelijk dat Van Diemerbroek, zelf een belijdend remonstrant, de angst van de protestantse geestelijken scherp tegenover de levensvreugde van de katholieke stelt. Aan de ene kant een gereformeerd predikant als ds. Rudolf Schivelberg³⁰ die met zijn angst voor de pest geen raad wist en zijn dood bovendien nog aan zijn eigenwijs optreden, tegen de raad van de geneesheer in, te danken had (94), alsmede een Waals predikant als ds. Gatien die, uit Holland overgekomen, van schrik voor de lijken van zijn beide zonen wegliep (84). Aan de andere kant twee paters capucijnen³¹ die de pest blijmoedig als de vervulling van hun heilig doodsverlangen duidden – geen simpele zielen overigens, maar eveneens “geleerde mannen”, zoals Van Diemerbroek stelt. Vinden we hier sporen van een meer of minder uitgesproken interconfessionele polemiek? Zeker is dat de katholieke geestelijken zich actief voor de pestlijders hebben ingezet. Ze zijn daarbij trouwens op één na allen omgekomen³². Pater Tiburtius aanvaardde de fatale diagnose met een “ongelooflijke blijdschap” en maakte zich op te sterven alsof “hij ter bruiloft ging” (64). Pater Felicianus wist zijn geestelijke boodschap nog beter te ensceneren. Op de vierde dag van de ziekte stond hij van zijn bed op, kleepte zich aan, wandelde met de geneesheer door zijn kamer en sprak hem “van het vertrouwen op God, van de dood niet te vrezen en van zijn grote en brandende ijver en verlangen om van hier naar het zalig vaderland daar-

boven te verhuizen". Hij liet de medicus enkele 'peperkoorns' op zijn borst en arm zien en toen deze ze als voorboden van de naderende dood duidde, verblijdde de priester zich "alsof hij een aangename gift of geschenk van mij ontvangen had". Hij declameerde in aanwezigheid van het dienstpersoneel enkele zinnen die de lezer als passages uit bijbel en brevier herkent, nam afscheid, ging op bed zitten en viel dood achterover (77). Het voorbeeldkarakter van de theatrale dood, zoals beschreven door Philippe Ariès, komt hier ondubbelzinnig naar voren. In feite liep pater Felicianus op de fatale diagnose vooruit: hij gaf zichzelf op vóórdat de medicus zich had uitgesproken.

Pregnanter nog vinden we dit besef van de pest als instrument van de almachtige in een casus die niet zonder analogie is met het oude genre van de strafwonderen dat te zelfder tijd onder de katholieken van de Republiek opgeld deed³³. In geval 37 wordt ruiter Schab-hals, een "sterk, stout en ten hoogste roekeloos mens" van de pest genezen. Maar in plaats van God te bedanken beroemt hij zich erop dat hij "schelmachtiger en sterker was dan de pest zelf, en dat de schichten noch van de pest noch van de duivel iets tegen hem vermochten, ja dat hij noch naar de pest noch naar de duivel vroeg". Vijf weken later wordt hij om deze goddeloze woorden dan ook opnieuw besprongen door de pest waaraan hij op de zesde dag sterft.

Driemaal spreekt Van Diemerbroek met kennelijke instemming over de voorspellende waarde van het voorspook of het voorgezicht³⁴. Op een meiavond zag hij een "zeker zeer geloofwaardig man", die hij echter niet bij name wilde noemen, over de haven staren. De man bleek een lijkstaatsie op een schip te zien, betreffende een man in ijzeren harnas, die in zijn leven een helm en een rapier had gedragen en die een heraldisch wapen bezat (34). Twee maanden later werd het lijk van een edelman, kapitein Joost van Haeften, die voor de pest uit Nijmegen was gevlucht, op precies dezelfde wijze de haven binnengebracht (50). In juni leek geraas in een leegstaand huis bij de put in de Scheidemakersgas te duiden op het dichttimmeren van een doodkist. Weer twee maanden later stierf er dan ook een kapitein-luitenant, die door zijn huisbaas met zijn bed en alle andere benodigdheden in dat huis was ondergebracht toen hij de pest had gekregen (60). Had het huis zo lang leeggestaan? Werd het bewust gemeden omdat aan het voorspook, bekend in de buurt, algemeen geloof werd gehecht?

Ondanks zijn kritische instelling voelt Van Diemerbroek zich gedwongen te constateren dat het voorgezicht aan een andere werkelijkheid refereert die grenzen stelt aan zijn vakkennis. Heel duidelijk blijkt dat in casus 6. We worden er het dagelijks leven van de pestlijders binnengevoerd. De hoofdpersoon is een vrouw, Belia genaamd en Van Diemerbroek wel bekend omdat ze bij hem en bij anderen aan huis de was komt doen. Belia verpleegt Geertruid, het dienstmeisje van Dimmer de Raat, die zelf met zijn vrouw uit angst voor de pest naar Utrecht was gevlucht. Geertruid zelf ligt ziek in de hof, vermoedelijk onder een open afdak zoals gebruikelijk was³⁵. Hoewel Geertruid dank zij de haar toegediende geneesmiddelen aan de beterende hand is, zit Belia voortdurend te zuchten en te huilen. Na lang aandringen vertelt zij Van Diemerbroek onder strenge geheim-

houding sedert lang te weten dat niet het dienstmeisje, doch haar geliefde, naar Utrecht gevluchte meesteres aan de pest zou sterven. Ze had op zolder, bij de deur van de grote voorkamer, haar geest gezien: zonder hoofd, met haar beste kleren aan en met de sleutel van de deur in de hand alsof ze de deur wilde openen. Belia voegde daaraan toe dat ze vaak zulke geesten zonder hoofd zag en dat de betrokken personen dan stevast binnen enkele maanden stierven. Blij dat hem nu de gelegenheid werd geboden de proef op de som te nemen met zo'n geestverschijning "waarover veel mensen vaak zoveel zottigheden en fabels vertellen", laat Van Diemberbroek naar Utrecht schrijven om de vrouw aan te zeggen voorlopig niet naar Nijmegen terug te keren. Maar na enkele weken sterft ze te Utrecht aan de pest – in de ogen van Van Diemberbroek zonder andere aanwijsbare reden dan de doodsvorspelling van haar wasvrouw.

Derde analyseniveau: zoeken naar genezing

In zekere zin kan wasvrouw Belia tot het veld van de genezingsspecialisten worden gerekend. Alleen is haar diagnose meer op de grenzen dan op de mogelijkheden van het genezingsproces gericht en neigt zij er zelf toe haar kennis geheim te houden. In het bovenstaande bleek al herhaaldelijk dat de grenzen tussen de specialismen in feite minder strak waren dan de theorie wilde. Ondanks de sterk moralistische, normatieve toonzetting van de ziektegeschiedenissen wanneer het om de formele verantwoordelijkheid van de verschillende medische beroepen gaat, blijkt er op het feitelijke handelingsniveau even vaak van een goede verstandhouding als van conflict sprake te zijn. In de werkelijkheid van alledag liggen de grenzen voor Van Diemberbroek niet tussen geneesheren en chirurgijns, maar tussen goede en slechte chirurgijns, waarbij hij de goede als zijn gelijken beschouwt, slechts door een formeel verschil in bevoegdheid van zijn eigen praktijk onderscheiden³⁶. Hetzelfde geldt voor apothekers³⁷. Slechte chirurgijns, zoals Mr. Adriaan (33)³⁸ of Mr. Edmund (7, 116), volgen star hun eigen beroepshabitus door blindelings te aderlaten of te purgeren. Garnizoenschirurgijns scoren op dat punt helemaal laag. Ook de Nijmeegse burgerchirurgijns hadden trouwens niet veel met hen op³⁹. Goede chirurgijns volgen, aldus Van Diemberbroek, de visie van de geneesheer en beperken hun medische interventie tot de verzorging van de gezwollen en wonden. De geneesheer zelf voelt zich dan niet te min om hem daar een handje bij te helpen – zoals we in casus 88 zien waar geneesheer en chirurgijn met vereende krachten de door een ontploffende musket afgereten rechterduim van soldaat Rutger Pontman verbinden, losmaken en weer met in brandewijn gedrenkte doeken omzwachtelen.

De aard van de pestziekte maakte het overigens noodzakelijk dat geneesheer en chirurgijn vaak gezamenlijk de zieken bezochten, omdat de chirurgijn met zijn lancet de pestbuilen moest opensnijden. In verschillende geschiedenissen zien we hen dan ook getweeën door de stad trekken. Zo in casus 41, waar Van Diemberbroek samen met de chirurgijn Adolf Fildar door de Bloemerstraat loopt. Zij merken er onder de spelende kinderen een zesjarig soldatenkind vol 'peperkoorns' op. Diens moeder kwam toevallig aanlopen en toonde de knieën, buik en billen

van het jongetje dat zich overigens niet ziek voelde en niet thuis wilde blijven maar op straat wilde spelen. Zijzelf en de burens verwachtten elke dag dat het kind zou sterven, maar toen de dokter drie weken later uit nieuwsgierigheid nog eens informeerde, bleek het kind genezen. De clou van de casus ligt in de onverwachte genezing bij het als fataal beschouwde symptoom van de ‘peperkoorns’, maar we kunnen er eveneens uit lezen hoe de soldatenvrouw met de pest in haar gezin omgaat. Het leven gaat gewoon door: een dokter blijkt niet geroepen, en daar blijft het bij, want noch Van Diemberbroek noch Fildar ondernemen iets. De ziekte volgt haar eigen loop, en de omstanders wachten in spanning, maar gelaten af. Geen vluchtende horden of panische angsttaferelen⁴⁰. De moeder ontkleedt het kind en pakt het vast alsof het om banale puistjes gaat. Zij is er zelf ook niet ziek van geworden.

Weliswaar vluchten de rijken nogal eens voor de pest (6, 50, 112). Ook laat een edelman zijn zieke vrouw in de steek (51). Tenslotte valt een zekere angst af te lezen uit de gevallen waarin een pestlijder zijn ziekte voor zijn omgeving probeert te verbergen (7, 19, 35, 55, 102, 113, 116). Maar die gevallen getuigen ook uitdrukkelijk van de hoop die de zieke heeft zich op eigen kracht te kunnen genezen. Radeloosheid kunnen we er niet uit aflezen. Het dagelijks leven blijkt in verreweg de meeste gevallen dan ook zijn gewone weg te volgen: gezonde en zieke kinderen spelen met elkaar op straat, bedienden blijven aan het werk, familieleden komen normaal bij pestlijders over de vloer (45, 53, 96, 110), kameraden zorgen voor zieke soldaten (11, 44), op hun sterfbed worden slachtoffers van de pest door omstanders omringd (28, 40, 57, 65, 104). Het isolement van de pestlijder, dat in de gangbare literatuur vaak zo breed wordt uitgemeten, blijkt slechts relatief. Als er al sprake is van afzondering, dan beoogt die minstens zo vaak het gemak van de zieke of diens genezing (zoals het geval was met de pesthuisjes in de tuinen van de huizen) als de bescherming van zijn omgeving.

De chirurgijn zelf gaat heel anders met de ziekte om dan de leek uit de zojuist geanalyseerde casus. Zoals Van Diemberbroek zich tegen de pest wapende door ontelbare pijpen te roken, zo droeg Fildar altijd zorgvuldig een amulet van arsenicum in een zijden zakje op de borst – een veelgebruikt afweermiddel, dat overigens door de geneesheer wordt afgekeurd. Desalniettemin werd Fildar op 11 juli 1636 door de pest overvallen. Hij probeerde zich eerst zelf te genezen door de gebruikelijke medicatie van de geneesheer te volgen: een zweetmiddel. Tegelijk zette hij tot driemaal toe “een grote kop met veel vlams” op het gezwel – een middel dat de geneesheer juist afkeurde. Ten einde raad vroeg Fildar diens tussenkomst, maar Van Diemberbroek kon hem nog slechts wat lokale pijnstillers toedienen voordat Fildar stierf (75).

De moraal van dat verhaal is duidelijk. Niettemin was Fildar in Van Diemberbroeks ogen een “ervaren chirurgijn”, een van het goede soort – en dat nog wel terwijl hij, een Duitser uit Wamelskirchen, nota bene eerst garnizoenschirurgijn in het regiment van overste Niederholt was geweest en pas burger van Nijmegen (en burgerchirurgijn) was geworden toen hij in februari 1633 de krijgsdienst verliet⁴¹. Alleen kijken chirurgijn en geneesheer vanuit hun beroepshabitus verschil-

lend tegen ziekte aan. Dat wordt duidelijk in casus 15, waarin onder andere een discussie tussen Van Diemerbroek en Fildar wordt weergegeven. Het gaat om de oorzaak van een als 'pestilentiaal' geduide braking die de dood tot gevolg had. De geneesheer stelt dat de braking veroorzaakt wordt door een extern pestvenijn dat zich aan de vliezen van de maag hecht. De chirurgijn daarentegen houdt vol dat het van 'pestkolen' komt die binnenin de vliezen van de maag groeien: bij de autopsie van een pestslachtoffer had hij dat zelf gezien en hij was bereid ook dit lichaam open te snijden. Maar om vreemde geruchten en het gevaar van besmetting te vermijden zien beiden daar toch maar van af. De chirurgijn zoekt de oorzaak dus daar waar hij greep op heeft: de fysiologie, het lichaam zelf. De geneesheer is veeleer bereid de ziekte als het gevolg van een storing in het ecosysteem te beschouwen waar het menselijk lichaam slechts een element van is. De therapie die de academicus voorstaat sluit daarbij aan. Hoewel hij farmaceutische geneesmiddelen bepaald niet schuwt, legt Van Diemerbroek zeker zoveel nadruk op een gezonde leefwijze. In het tweede boek van zijn traktaat gaat hij daar uitvoerig op in, maar ook in de ziektegeschiedenissen wordt nauwkeurig verteld hoe de zieken zich in acht moeten nemen en wat ze al dan niet kunnen of mogen eten of drinken: dun bier met drupjes olie van vitriool of zwavel is uitstekend (23, 50, 89, 95, 97), putwater kan ermee door als de zieke niets anders wil drinken (58, 109), brood in zure karnemelk gekookt is goed (23, 109). Een veilig en probaat middel om aan te sterken blijkt "kiekensop" met kruiden: onze kippebouillon (68, 89, 113).

We kunnen ons afvragen of de eerste keus van de patiënt voor deze of gene vorm van genezing te maken heeft met een soortgelijk verschil in visie op de ziekte, haar oorsprong en haar inbedding in een causaal verband. Enkele elementen uit het voorgaande zouden die stelling kunnen staven. De soldaat die steeds baat heeft gevonden bij de alcohol, zal niet licht naar een apotheek stappen. Wie door een minimum aan culturele vorming, dus aan opleiding, enig inzicht heeft gekregen in de complexe processen die de gang van de natuur en de wereld bepalen, zal gevoeliger zijn voor de therapie van de geneesheer. De keuze van de medisch specialist (koppenzetter, pestmeester, heelmeeester, geneesheer) heeft dan ook niet uitsluitend met geld of status te maken, zoals een oudere historiografie vaak klakkeloos stelde. Ze weerspiegelt bij de zieke ook een mentale herkenning van de wijze waarop de medicus zijn diagnose stelt, zijn ingrepen kiest en rechtvaardigt, zijn genezingswijzen formuleert.

Het is ons nu niet meer mogelijk de achtergrond van zulke therapeutische keuzen tot in de details na te pluizen. Toch geven Van Diemerbroeks ziektegeschiedenissen ons minstens de mogelijkheid om de keuze sociaal af te bakenen. Bezien we de 130 personen die in de verhalen als pestlijders voorkomen, dan blijkt van 95 de maatschappelijke positie bekend. Allen of bijna allen zijn op een moment van hun ziekte in aanraking geweest met de academicus. Onder die patiënten van de geneesheer vinden we vijf edelen (niet-militairen) en drie regenten, zeven ambtenaren en praktizijns, acht geestelijken van verschillende confessies, de conrector en een Franse schoolmeester, in totaal 25 zieken waarbij een minimum aan cultu-

rele vorming mag worden verwacht. Met twintig kooplieden en ambachtsmeesters (waaronder twee chirurgijns en twee apothekers) en twee boeren is de zelfstandige burgerij naar verhouding veel slechter vertegenwoordigd. De 33 militairen, waaronder veertien (deels adellijke) officieren, vormen een derde groep, terwijl vijftien zieken tot een van de bovengenoemden in dienstverband stonden. Het zwaartepunt lijkt dus wel degelijk bij de beter opgeleiden te liggen. En wel meer dan bij de kapitaalkrachtigen waarvan er onder de zelfstandige burgerij velen moeten zijn geweest. Van de vijftien bedienden worden er trouwens tien door hun werkgever naar de geneesheer gestuurd, terwijl bij de soldaten de officieren nogal eens bemiddelend blijken te zijn opgetreden.

Bij slechts twee leden van de gecultiveerde bovenlaag wordt vermeld dat eerst een chirurgijn is geraadpleegd, terwijl dat zeker bij vijf op de tien soldaten het geval was. In een enkel geval lijken geneesheer en heelmeester uitwisselbaar, want als Van Diemerbroek 's morgens niet snel genoeg bij de zieke Gosuinus Dijkwoldt terugkomt, laat deze een chirurgijn komen die hem tien ons bloed aftapt (28). Veel vaker komt een poging tot automedicatie voor, hetzij door toepassing van een huismiddeltje, hetzij doordat op eigen initiatief een ook door de geneesheer gepropageerd medicijn wordt ingenomen. Wellicht mogen we ook daar een cultuurverschil achter vermoeden, in zoverre als de tweede groep bij medisch-sanitaire lectuur of bij de geneesheer zelf te rade is gegaan, en in elk geval de zinvolheid van een genezingsproces langs officieel-medische weg erkent. Eenmaal horen we van een publieke koppenzetter, Matthijs van Aken, die met zes à acht koppen op de ingekerfde huid het bloed uit de voeten van een meisje trok en daardoor zo mogelijk nog funester werkte dan de aderlatende chirurgijns. Eerst wanneer de ouders, wier maatschappelijke positie helaas niet is aangegeven, voor het leven van hun dochter vrezen, wenden ze zich tot de geneesheer (113).

Ook in andere casussen komt de geneesheer als de laatste toevlucht naar voren voor diegenen die van hem niet zozeer medische kennis als wel een wonderbaarlijke ingreep schijnen te verwachten. De academicus weet dat ook heel goed en hij dekt zich bij voorbaat in tegen de onvermijdelijke mislukking van zijn handelen. Hij schrijft dan een overbodig geneesmiddel voor, dat echter laat zien dat hij zijn best heeft gedaan (35, 83), of hij schrijft uitdrukkelijk helemaal niets voor, om duidelijk te maken dat de verantwoordelijkheid voor de mislukking van het genezingsproces bij zijn voorganger, de heelmeester, ligt (53). In alle gevallen verwacht de patiënt actie, en aan die actie beantwoordt de medische habitus. In dat antropologisch licht dienen we ook de gebaren te zien die tweemaal daags tijdens het bezoek aan de patiënt⁴² steeds weer, als het ware ritueel, door de geneesheer werden herhaald: de koorts meten, de pols voelen, de tong bekijken, de kleur van het lichaam inspecteren, naar gezwollen tasten, de urine bezien, de faeces onderzoeken, de patiënt ondervragen, dan een diagnose stellen, vervolgens minstens één, maar vaker meerdere recepten in vaste en/of vloeibare vorm uitschrijven, een leefregel stellen, de zieke bezweren zich daaraan te houden en de omstanders op het hart drukken daarop toe te zien⁴³. Het zijn niet alleen specifieke gebaren die in de rationaliteit van het medisch handelen uit die tijd pasten, de zieke verwacht ze

ook als een reddend ritueel. Ook als ze geen zin meer mochten hebben verricht de medicus ze toch om de ziekte door een teleurgestelde verwachting niet te verergeren. En in tal van casussen worden vormelementen van die medische beroepshabitus door zieken zelf uitgevoerd om hun ziekte te peilen: ook wanneer de nodige medische kennis hun ontbrak (maar in hoeverre was dat steeds het geval?), kon het ritueel nog geruststellen.

Dat wil niet zeggen dat de zieke zich met huid en haar aan de geneesheer overlevert. De ziektegeschiedenissen wemelen van de weigeringen van interventie of medicatie⁴⁴. Dat is misschien wel hun meest verrassende aspect. Tussen de regels van de kritiek van de geneesheer door ontdekken we dat de zieke vaak aarzelde om naar een medisch specialist te gaan en het liever bij de middeltjes hield die tot de algemeen gangbare kennis behoorden. Daarbij was het eigenlijk min of meer toeval of het middel bij de geneesheer in de gratie stond of niet. Van Diemerbroek zwoer bij tabak, maar meende dat preventieve zuivering van de lucht door uitroking slechts bij uitzondering nuttig was⁴⁵. Aderlaten en purgeren vond hij funest, maar fontanellen waren uitstekend. Hij verafschuwde de amulet van arsenicum die in Nijmegen van hoog tot laag kennelijk zeer populair was (44, 51, 72, 75, 99). Hij gaf trouwens zelf toe dat de tegengiften tegen de pest “meer door ervaring dan door redenatie” gevonden zijn⁴⁶. Niettemin verwerpt hij, zonder duidelijke gronden daarvoor aan te voeren, de empirische voorzorgsmaatregelen die “veel gemene lieden” namen: ’s morgens, of bij het eerste pestsymptoom, de eigen urine drinken (21, 58, 97); rauwe knoflook kauwen of in de spijsen meekoken; alcoholische dranken in allerlei soorten (en hoeveelheden ...) nuttigen.

Het geloof in het genezingsproces zoals dat door de medici in gang was gezet, werd dan ook niet zelden doorbroken door eigen initiatieven van de patiënt. Hij stond tegen de voorschriften in van het bed op, verschoonde zich of gebruikte levens- of geneesmiddelen die voor hem van beproefde kwaliteit waren doch inbraken in de rationaliteit van het medisch handelen. Voor de geneesheer was het essentieel dat de in een niet te harden stank zwetende patiënt zijn ondergoed aanhield tot het gevaar geweken was – de patiënt van zijn kant zocht naar verlichting en verwachtte meer van de hygiëne die hem in normale omstandigheden werd bijgebracht. Vandaar de verwoede schoonmaak van het huis van ritmeester graaf van Nassau – “op zijn Hollands”, zoals Van Diemerbroek het zelf formuleert: de vrouw van de graaf, die in Den Haag woonde, stuurde een team van drie onvervalste Hollandse schoonmaaksters naar Nijmegen die huis en erf boenden dat de stukken eraf vlogen (112)⁴⁷. Het hielp dan ook. Alleen de kippen werden besmet door het vuil dat op de mesthoop was gegooid. Wat de geneesheer hier met een geamuseerde ondertoon presenteert, duidt hij elders als eigenwijsheid. Maar hij is in staat weten van beter weten te onderscheiden. De leek weet, de concurrent weet beter dan de geneesheer. Voor die concurrenten is hij dan ook genadeloos zo vaak als hun betweterigheid de rationaliteit en daarmee het succes van het medisch handelen in gevaar brengt.

Het weten van de leek probeert hij waar nodig te integreren in zijn therapie. De Van Haeftens verzoeken met aandrang om hun vertrouwde amandelmelk tegen de

buikloop? Het zij zo, al wordt de buikloop er niet minder om (50). Zelfs wanneer de leek verdere medewerking weigert, vindt de medicus een oplossing. Agnietje Willems, het dienstmeisje van een brouwer, liet telkenjare in de meimaand zes à acht koppen op haar voeten zetten en raakte daar dan evenveel ons bloed aan kwijt. Wanneer in mei 1636 de pest hierop volgt en de geneesheer haar enkele zweetmiddelen uit de apotheek voorschrijft, weigert ze de tweede dag ronduit hem verder te volgen, “ja zij heeft zich erop voor laten staan dat ze mijn raad niet meer nodig had” (23). De dokter begrijpt het probleem en legt zich neer bij een medicatie die aangepast is aan haar eigen idee van genezen: brood in karnemelk gekookt, dun bier met enkele drupjes olie van vitriool, een compres van ingevette rodekoolbladeren op het gezwel en een ander van verwarmd, met triakel besmeerd vloeipapier op de maag. Zij sterft, maar de teneur van de casus is duidelijk. Genezen is het gevolg van een proces van onderhandelen tussen zij die weten en zij die niet weten. Maar zelfs zij die niet weten, leven vanuit een samenhangend beeld van gezondheid en ziekte. Zij menen te weten, en weten dus op hun eigen manier. De ontwikkeling van het therapeutisch handelen, en van het geloven in genezen, is – aldus Van Diemerbroeks boodschap – een gevolg van de complexe wisselwerking tussen de veranderende voorstellingen van het lichaam en zijn gezondheid die op allerlei niveaus van de samenleving met elkaar worden geconfronteerd. De medicus dient – nog steeds volgens Van Diemerbroek – daarbij de verstandigste te zijn, omdat hij vanuit zijn cultuur de juiste plaats en waarde van ieders kennis weet te bepalen. Dank zij zo’n verstandige medicus hebben we hier iets meer inzicht gekregen in wat de leek in de vroege zeventiende eeuw van genezen verwachtte.

Gods gift refused. In pursuit of healing from the plague: Nijmegen 1635-1636

In this contribution I propose an anthropological interpretation of the quest for healing as described in the *Treatise concerning the pestilence* (first Latin edition: Arnhem, 1644; English translations in 1666 and 1722) of Ysbrand Van Diemerbroek M.D. This Dutch physician supplies us with a broad and comprehensive overview of the epidemical disease that ravaged the town of Nymegen in 1635-1636, making far over 6000 victims among a population of roughly 16.000, half of which pertaining to the garrison. The interpretation is mainly concerned with the 120 case-stories related in book IV of the *Treatise* and drawn from the clinical notes taken down by Van Diemerbroeck himself during the plague. On a first level of interpretation, the stories are understood as examples of medical science and technique which address themselves to medical professionals. On the second level, their moral value as examples of an intelligent medical and sanitary policy for medical professionals and laymen is analysed. On the third level they learn us, through the perception of the medical professional, something about the different ways along which people in a variety of sociocultural positions tried to be cured and believed in the efficacy of their preventive or curative practices and gestures.

1. Om de noten bij dit artikel niet onnodig te verzwaren verwijs ik voor de meer algemene en theoretische literatuur naar de inleidende bijdrage van M. Gijswijt-Hofstra in dit themanummer.
2. Ik heb dit al eerder betoogd ten aanzien van het medisch beroep zelf: W. Frijhoff, 'Université et marché de l'emploi dans la République des Provinces-Unies', in: D. Julia, J. Revel en R. Chartier ed., *Les universités européennes du XVIe au XVIIIe siècle. Histoire sociale des populations étudiantes*, I (Parijs 1986) 205-243. Zie voor de ontwikkeling van het marktbegrip in deze periode en de wijze waarop dit de omgang met culturele goederen geleidelijk heeft getransformeerd: J.C. Agnew, *Worlds apart. The market and the theater in Anglo-American thought, 1550-1750* (Cambridge 1986). In feite heeft de medische markt van het begin van de vroegmoderne periode veel meer trekken van een 'moral economy' in de zin die E.P. Thompson daaraan heeft gegeven.
3. De signatuurleer stelt dat geneeskracht op vormgelijkenis berust ('similia similibus'): zo zijn hartvormige bladeren goed voor het hart. De humoraal-pathologie steunt op de leer van de vier *humores* of lichaamsvochten (gele gal, slijm, zwarte gal en bloed), gekoppeld aan de vier elementen (vuur, water, aarde en lucht). De astro-medische leer verbindt medisch ingrijpen met reële (zon, maan, planeten) of fictieve (sterrebeelden, dierenriem) elementen van de macrocosmos; een voorbeeld daarvan was het aderlaatmannetje dat, in talloze almanakken op de grootst mogelijke schaal verspreid, voor eenieder duidelijk aangaf in welk teken van de dierenriem het tijdstip gunstig was voor het aderlaten of purgeren van een specifiek lichaamsdeel. Zie S. Besson, *L'astrologie dans les almanachs populaires du XVIIe siècle* (Parijs 1972 - uitgave op microfiche); B. Capp, *Astrology and the popular press. English almanacs 1500-1800* (Londen en Boston 1979); P. Curry ed., *Astrology, science and society. Historical essays* (Woodbridge 1987). Jeroen Salman bereidt een dissertatie over Nederlandse almanakken voor waarin eveneens op dit aspect zal worden ingegaan.
4. Deze overwegingen sluiten enigermate aan bij die van Michael Ramsey, *Professional and popular medicine in France, 1770-1830* (Cambridge 1988).
5. Vgl. J.G. Dijkstra, *Een epidemiologische beschouwing van de Nederlandsche pestepidemieën der XVIIde eeuw* (Amsterdam 1921); L. Noordegraaf en G. Valk, *De Gave Gods. De pest in Holland vanaf de late middeleeuwen* (Bergen 1988).
6. Zie over hem: C. Burmannus, *Trajectum eruditum* (Utrecht 1738) 87-89, die met name steunt op Van Diemerbroeks lijkrede door Graevius; *Nieuw Nederlandsch biografisch woordenboek* III (Leiden 1914) kol. 287-288; G.A. Lindeboom, *Dutch medical biography* (Amsterdam 1984) 440-441; H.L. Houtzager, 'Driehonderd jaar geleden overleed IJsbrand van Diemerbroeck', *Oud-Utrecht* 47 (1974) 69-71; H.L. Houtzager, 'IJsbrand van Diemerbroeck (1609-1674)', *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 120 (1976) 340-346.
7. Zie over de trek naar Angers: W. Frijhoff en R. van Drie, 'Het wapenboek van de Nederlandse studentenvereniging te Angers, 1614-1617', *Jaarboek van het Centraal Bureau voor Genealogie* 44 (1990) 115-148.
8. Over de familie Mandeville, zie: P.A. Christiaans, 'De Mandeville', *Jaarboek van het Centraal Bureau voor Genealogie* 33 (1979) 118-125; Lindeboom, *Dutch medical biography*, 1270-1271.
9. Aangezien de verschillende drukken en vertalingen een uiteenlopende paginering hebben, verwijzen de cijfers tussen (..) in het vervolg naar het nummer van de casus.
10. Het titelblad van deze uitgave luidt als volgt: *Isbrandi de Diemerbroeck Med. Doct. & Profess. Tractatus de Peste, In quatuor libros distinctus; Truculentissimi morbi Historiam ratione & experiëntiâ confirmatam exhibens. Ab Auctore emendatus, plurimisque in locis adauctus. Amstelaedami, Typis Joannis Blaeu, M.DC.LXV.*
11. Titel van de uitgave 1671: *Traktaat vande Peste, In het welk deze zeer gevaarlijke Ziekte met reden en eigen Ervaring bevestigt, en naaktelijk vertoont word ... Uit de Latijnsche inde Nederduitsche Taal getrouwelijk overgezet, Door Jacob du Buisson, Chirurgyn en Pest-meester der Stad Middelburg in Zeeland. Tot Middelburg, Gedrukt by Pieter van Goetthem, Stads-Drukker, op de groote Marct, 1671.* Deze vertaling heb ik voor dit artikel gebruikt, naast de Latijnse uitgave van 1665. De citaten geef ik in moderne versie, aangezien ook het Nederlands van de uitgave 1671 niet van de hand van de auteur is. Een exemplaar van deze zeer zeldzame druk wordt bewaard in de Provinciale Zeeuwse Bibliotheek te Middelburg (signatuur 1101 G 11). Voor zijn bereidwillige hulp ben ik de heer Wiggers, me-

- dewerker van die bibliotheek, oprechte dank verschuldigd. Een zeer summiere analyse van het traktaat vindt men bij J.M. Welters, 'IJsbrand van Diemerbroeck's traktaat over de pest', *Numaga* 25 (1978) 72-78.
12. Zie over deze pest: F. Gorissen, *Stedeatlas van Nijmegen* (Arnhem 1956) 82; H.P.H. Nusteling, *Binnen de vesting Nijmegen. Confessionele en demografische verhoudingen ten tijde van de Republiek* (Zutphen 1979) 40-51; Noordegraaf en Valk, *De Gave Gods*, 58.
 13. Gorissen, *Stedeatlas van Nijmegen*, 129-130.
 14. Vgl. M. Halbwachs, *Les cadres sociaux de la mémoire* (Parijs 1925); G. Namer, *Mémoire et société* (Parijs 1987).
 15. "Unum ex illis pseudochirurgis, qui aegrotis pestiferis inserviebant" (uitg. 1665, p. 354).
 16. Vgl. M. MacDonald, 'Anthropological perspectives on the history of science and medicine', in: P. Corsi & P. Weindling ed., *Information sources in the history of science and medicine* (Londen etc. 1983) 61-80.
 17. Vgl. Petrus Nylandt, *De Nederlandtse Herbarius of Kruidt-boeck* (Amsterdam 1682) 119-120, s.v. 'Alssem'.
 18. Nylandt, *Herbarius*, 298-299, s.v. 'Kool'.
 19. In het vijftiende hoofdstuk van het eerste boek somt Van Diemerbroeck 40 peptsymptomen op die levensgevaar of een zekere dood betekenen, waaronder enkele van de hierna genoemde.
 20. Vgl. J.S. van Veen, 'De pest en hare bestrijding in Gelderland, in het bijzonder te Arnhem', *Bijdragen en mededeelingen van de Vereeniging 'Gelre'* 6 (1903) 39-40; H.K. Roessingh, *Inlandse tabak. Expansie en contractie van een handelsgewas in de 17e en 18e eeuw in Nederland* (Zutphen 1976) 91; S. Schama, *The embarrassment of riches. An interpretation of Dutch culture in the Golden Age* (New York 1987) 197.
 21. Mogelijk gaat het in casus 96 echter om een beroerte, toegeschreven aan de afschuwelijke stank van de faeces van een pestlijder.
 22. In het eerste boek van dit traktaat gaat Van Diemerbroeck overigens uitgebreid in op de contagionistische verklaringen van de besmetting, die een rechtstreeks contact met een andere zieke veronderstellen, in tegenstelling tot de miasmatische leer die overbrenging via een fluïdum (uitwasemingen, gassen) postuleert. Sympathische verklaringen gaan uit van een verwantschap tussen twee verschillende zaken ten gevolge waarvan zij dezelfde invloed ondergaan of invloed op elkaar uitoefenen.
 23. Van Diemerbroeck behandelt dit aspect systematischer in het tiende hoofdstuk van het derde boek.
 24. Chirurgijn François Patin was in januari 1632 te Nijmegen gehuwd en verwierf op 9 april 1634 het burgerrecht. J.A. Schimmel, *Burgerrecht te Nijmegen 1592-1810. Geschiedenis van de verlening en burgerlijst* (Tilburg 1966) 187, n° 1649.
 25. Zie hiervoor: Willem Frijhoff, 'Non satis dignitatis ... Over de maatschappelijke status van geneeskundigen tijdens de Republiek', *Tijdschrift voor geschiedenis* 96 (1983) 397-406; D. de Moulin, *A history of surgery, with emphasis on the Netherlands* (Dordrecht etc. 1988).
 26. Schimmel, *Burgerrecht*, nrs 781, 791, 793, 1089, 1275, 1700 en 1711 voor niet door Van Diemerbroeck genoemde chirurgijns die tussen 1611 en 1636 het Nijmeegse burgerrecht kregen. Voorts H.D.J. van Schevichaven, 'De genees- en heilkunst in Oud-Nijmegen', in: idem, *Penschetzen uit Nijmegen's verleden* (Nijmegen 1898; 2de dr. Arnhem 1966) 234-252, waar nog andere specialisten worden genoemd.
 27. Vgl. F.W.J. Koorn en H. Roodenburg, 'Kopsters: vrouwen in de marge van de gezondheidszorg', *Spiegel historiael* 19 (1984) 125-129.
 28. Van Schevichaven, 'De genees- en heilkunst', 241; vgl. Frijhoff, 'Non satis dignitatis', 389, voor andere gevallen.
 29. Ook het zogenaamde 'verzien' illustreert deze fysiologische opvatting van de inbeelding. Vgl. bijvoorbeeld H.W. Roodenburg, 'The maternal imagination. The fears of pregnant women in seventeenth-century Holland', *Journal of social history* 21 (1987) 701-716.

30. Vgl. G. Groenhuis, *De predikanten* (Groningen 1977) 155, 162; J.S. van Veen, 'Sterfte van Geldersche predikanten in 1636', *Nederlandsch archief voor kerkgeschiedenis* 16 (1921) 85-86.
31. Van Diemerbroek noemt hen franciscanen, maar het waren in werkelijkheid capucijnen uit een van de kloosters in de naburige katholieke gebieden die blijkens een raadsbesluit van 4 juni 1636 toestemming hadden gekregen om tijdelijk de pestlijders te verzorgen. De hier genoemden waren pater Tiburtius Winters en pater Felicianus Verdussen. Zie L.J. Rogier, *Geschiedenis van het katholicisme in Noord-Nederland in de 16e en de 17e eeuw* (2de dr.; Amsterdam 1947) I, 632, met literatuuropgave; F. van Hoeck s.j., *De Jezuïeten te Nijmegen* (Den Bosch en Antwerpen 1921) 102-105.
32. Vgl. Van Hoeck, *De Jezuïeten*, 104-105: de drie jezuïeten sterven medio mei kort na elkaar, daarna volgen de augustijn en, op pater Winocus na, alle capucijnen. Zie ook J.A. Schimmel, 'Katholicisme te Nijmegen', *Numaga* 16 (1969) 94-95. Van de vier Nederduits gereformeerde predikanten stierf alleen Schivelberg aan de pest.
33. Zie de gevallen genoemd bij W. Frijhoff, 'La fonction du miracle dans une minorité catholique: Les Provinces-Unies au XVIIe siècle', *Revue d'histoire de la spiritualité* 48 (1972) 163-164.
34. Zie hierover meer in het algemeen S.J. van der Molen, 'Het tweede gezicht', *Neerlands volksleven* 17 (1966) 5-77; H. Krosenbrink, 'Het tweede gezicht: voorgevoelens en andere toekomstanduidingen', *Volkscultuur* 4 (1987) 22-31. Voor fysische verklaringen ten tijde van de Republiek: B. Bekker, *De betoverde weereld* II (2de dr.; Amsterdam 1693) boek III, hoofdstuk 22, en boek IV, hoofdstuk 3; J.Chr. Hennings, *Verhandeling over het voorgevoel en de schyngezichten*, uit het Hoogduitsch (Amsterdam 1790-'91). Andere typen voortekens bij Noordegraaf en Valk, *De Gave Gods*, 107-110.
35. Zie bijvoorbeeld de gevallen 21, 74, 105, en de beschrijving van zo'n open huisje in casus 119.
36. Conflict of concurrentie tussen de geneesheer en een chirurgijn: 4, 7, 11, 24, 28, 33, 49, 53, 71, 75, 107, 111, 116; samenwerking tussen beiden: 15, 18, 32, 41, 42, 58, 68, 70, 80, 88, 98.
37. Conflict met apotheker Gerard Buys: 19, 72; geen conflict met apotheker Anthony van Tricht: 119.
38. Wellicht de chirurgijn Adriaen Claessen de Haen die op 30 april 1634 burger van Nijmegen werd (Schimmel, *Burgerrecht*, 187, n° 1653).
39. Vgl. Van Schevichaven, 'De genees- en heerkunst', 244; Gemeentearchief Nijmegen, Archief van het ambt der chirurgijns en barbiers. Over dit gilde: H.D.J. van Schevichaven, 'De Nijmeegsche ambten en gilden', in: idem, *Sprokkelingen* (Nijmegen 1925) 28-41; A.J.M. van Hilte, 'Over het chirurgijnsgilde te Nijmegen', *Numaga* 20 (1973) 17-36. Het Nijmeegse chirurgijnsgilde was gereorganiseerd bij de ambtsbrief van 30 oktober 1611 die een wettelijk toelatingsexamen instelde (inv. nr 1, fol. 4). De notulen van het gilde beginnen helaas pas in 1647 (inv. nr 2).
40. S. de Jongh, 'De ontwrichtende pest? Polemiek', *Skript* 11 (1989) 109-111, relateert op dat punt wel terecht de ietwat gezwollen conclusie van Noordegraaf en Valk, *De Gave Gods*, 219-224.
41. Schimmel, *Burgerrecht*, 187, n° 1631.
42. Zijn eerste reeks bezoeken legde hij 's morgens tussen vier en tien uur af, de tweede reeks 's avonds. Halverwege zijn ochtendbezoeken ontbeet hij met een boterham met groene schapenkaas en een dronk bier, soms ook een glas alsem-wijn (vgl. hoofdstuk 12 van het tweede boek voor zijn eigen leefwijze).
43. Zie bijvoorbeeld de casussen 13, 16, 22, 23, 25, 27, 35, 50, 68, 74, 89, 94. Vooral casus 50 geeft uiterst nauwkeurig de beroepshabitus van de geneesheer weer.
44. Expliciet bijvoorbeeld in de casussen 9, 22, 23, 54, 65, 72, 97.
45. Vgl. hierover uitvoerig hoofdstuk 5 van het tweede boek.
46. Zie hoofdstuk 10 van het tweede boek.
47. Vgl. Schama, *Embarrassment*, 375-382.